

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR GANGGUAN
AMAN NYAMAN PADA Tn. G.F DENGAN SINDROM KORONER AKUT
DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



Disusun Oleh :

ASERIAS JOKSAN ERYON TOH
PO.5303201181169

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR AMAN NYAMAN PADA TN.G.F DENGAN SINDROM KORONER AKUT DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF. DR.W. Z. JOHANNES KUPANG

**Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekonsiliasi
Pembelajaran Lampau (RPL) pada Program Studi D-III Keperawatan.**



Disusun Oleh :

ASERIAS JOKSAN ERYON TOH
PO.5303201181169

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN**

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Aserias Joksan Eryon Toh
NIM : PO. 5303201181181169
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulisan Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



ASERIAS JOKSAN ERYON TOH
PO.5303201181169

Mengetahui

Pembimbing



Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.si
NIP. 196212311989031039

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Aserias Joksan Eryon Toh, NIM PO. 5303201181169 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR GANGGUAN AMAN NYAMAN PADA Tn G. F. DENGAN SINDROM KORONER AKUT DI RUANGAN ICCU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG" telah diperiksa dan disetujui untuk diajukan.

Disusun Oleh :



Aserias Joksan Eryon Toh
NIM: PO. 5303201181169

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III Keperawatan
Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 22 Juli 2019

Pembimbing



Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.si
NIP. 196212311989031039

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR GANGGUAN
AMAN NYAMAN PADA TN. G.F DENGAN SINDROM KORONER AKUT DI
RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Disusun Oleh



Aserias Joksan Eryon Toh

NIM: PO. 5303201181169

Telah Diuji Dan Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Yoani M. V. B. Aty., S.Kep., M.Kep

NIP.197908052001122001

Penguji II



Gadur Blasius, S.Kep., Ns., M.si

NIP. 196212311989031039

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes

NIP.196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan



Margaretha Teh, S.Kep., Ns., MSc-PH

NIP. 197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR GANGGUAN AMAN NYAMAN PADA TN. G.F DENGAN SINDROM KORONER AKUT DI RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”.

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengalami banyak hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.si, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu NS, Yoani M. V. B. Aty S.Kep, M.Kep, selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Agustina V. Somi SST, selaku penguji II di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini melalui perawatan kasus di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

6. Ibu R. H. Kristina, SKM., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep., Ns., MSN, selaku dosen pembimbing akademik yang dengan sabar dan tulus hati membimbing, mendidik dan mendukung penulis selama satu tahun menempuh pendidikan di Porgram Studi D-III Keperawatan melalui Program Rekonsiliasi Pembelajaran Lampau.
8. Bapak dan ibu dosen lainnya yang telah membimbing dan mendidik penulis selama satu tahun menempuh pendidikan di D-III Jurusan Keperawatan melalui Program Rekonsiliasi Pembelajaran Lampau.
9. Istri dan anak- anak yang telah dengan tulus memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Program Rekonsiliasi Pembelajaran Lampau Angkatan II yang telah ikut membantu penulis salama masa perkuliahan yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.
11. Dan semua pihak yang telah membantu penulis yang namanya tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Semoga Tuhan Yesus dan Bunda Maria selalu memberkati, menyertai dan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu memberikan kesempatan, motivasi dan dukungan dalam proses penyelesaian penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, namun semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Aseries Joksan Eryon Toh

Tempat Tanggal Lahir: Haukoinu, 07 April 1978

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Oelo'o Desa Meusin Kecamatan Boking Kabupaten TTS

Riwayat Pendidikan :

1. SD : GMIT SOE 2 (1992)

2. SMP : Kristen Niki-niki (1995)

3. SMA : SPK Kupang (1998)

4. Perguruan Tinggi : Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan
Keperawatan Prodi D-III Keperawatan
Program Rekonsiliasi Pembelajaran
Lampaun Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang.

MOTTO

“ Upaya Itu Keharusan, Sukses Adalah Harga Mati “

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT KEBUTUHAN DASAR GANGGUAN AMAN NYAMAN PADA TN. G.F DENGAN SINDROM KORONER AKUT DI RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Oleh : Aserias Joksan Eryon Toh

Sindrom koroner akut adalah suatu kumpulan gejala klinis iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium berupa nyeri dada, perubahan segmen ST pada Electrocardiogram (EKG), dan perubahan biomarker jantung. Menurut WHO tahun 2014, penyakit jantung iskemik merupakan penyebab utama kematian di dunia (12,8%) sedangkan di Indonesia menempati urutan ke tiga. Perkembangan sindrom koroner akut menjadi masalah kesehatan publik yang bermakna. Di Indonesia dilaporkan sindrom koroner akut (yang dikelompokkan menjadi penyakit sistem sirkulasi) merupakan penyebab utama dan pertama dari seluruh kematian, yakni sebesar 26,4%, angka ini empat kali lebih tinggi dari angka kematian yang disebabkan oleh kanker (6%). SKA di NTT ada 4,5%. Menurut kabupaten kota prevalensi SKA berkisar antara 2,5%-18% per wilayah berdasarkan diagnosis dan gejala. Penderita SKA memiliki perilaku yang meningkatkan faktor resiko. Gaya hidup yang tidak sehat seperti kurangnya beraktivitas dan berolahraga. Tujuan umum penulisan ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan SKA di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini wawancara langsung dan pemeriksaan fisik. Hasil dari studi kasus ini diharapkan masyarakat dapat memahami penyebab, gejala, pencegahan dan penanganan pada penyakit SKA. Kesimpulan data. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Diagnosa yang muncul pada kasus Tn G.F dengan Sindrom Koroner Akut di ruang ICCU antara lain nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Kesimpulan masalah keperawatan diatas adalah belum teratasi dan perawatan lanjut baik dilakukan perawat ataupun keluarga.

Kata kunci: *SKA, asuhan keperawatan*

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	i
Lembar Pesetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Biodata Penulis.....	v
Abstrak.....	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	3
1.3 Manfaat Penulisan.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Teori.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	9
BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	13
3.1 Hasil.....	13
3.2 Pembahasan.....	21
3.3 Keterbatasan.....	23
BAB 4 PENUTUP.....	24
4.1 Kesimpulan.....	24
4.2 Saran.....	25
Daftar Pustaka.....	26
Lampiran	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Sindrom koroner akut adalah suatu kumpulan gejala klinis iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium berupa nyeri dada, perubahan segmen ST pada Electrocardiogram (EKG), dan perubahan biomarker jantung (Kumar & Cannon, 2009).

Sistem koroner akut cukup berbahaya tetapi dapat dicegah. Walaupun penyakit ini sering terjadi, banyak ditemukan dan memberikan kematian mendadak, namun sebenarnya penyakit ini dapat dicegah. Diperlukan upaya-upaya tersendiri maupun secara bersama-sama untuk mencegah penyakit ini.

Sindrom koroner akut atau penyakit kardiovaskuler saat ini merupakan salah satu penyebab utama dan pertama kematian di Negara maju dan berkembang, termasuk Indonesia. Pada tahun 2010, secara global penyakit ini akan menjadi penyebab kematian pertama di negara berkembang, menggantikan kematian akibat infeksi. Diperkirakan bahwa diseluruh dunia, sindrom koroner akut pada tahun 2020 menjadi pembunuh pertama tersering yakni sebesar 36% dari seluruh kematian, angka ini dua kali lebih tinggi dari angka kematian akibat kanker. Di Indonesia dilaporkan sindrom koroner akut (yang dikelompokkan menjadi penyakit sistem sirkulasi) merupakan penyebab utama dan pertama dari seluruh kematian, yakni sebesar 26,4%, angka ini empat kali lebih tinggi dari angka kematian yang disebabkan oleh kanker (6%). Dengan kata lain, lebih kurang satu diantara empat orang yang meninggal di Indonesia adalah akibat sindrom koroner akut. Berbagai faktor resiko mempunyai peran penting timbulnya sindrom koroner akut mulai dari aspek metabolic, hemostasis, imunologi, infeksi, dan banyak faktor lain yang saling terkait.

Menurut WHO tahun 2014, penyakit jantung iskemik merupakan penyebab utama kematian di dunia (12,8%) sedangkan di Indonesia menempati urutan ke

tiga. Perkembangan sindrom koroner akut menjadi masalah kesehatan publik yang bermakna.

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah salah satu manifestasi klinis sindrom koroner akut yang utama paling sering mengakibatkan kematian.

SKA, merupakan PJK yang progresif dan pada perjalanan penyakitnya, sering terjadi perubahan secara tiba-tiba dari keadaan stabil menjadi keadaan yang tidak stabil atau akut. Mekanisme terjadinya SKA adalah disebabkan oleh karena proses pengurangan pasokan oksigen akut atau subakut dari miokard, yang dipicu oleh adanya robekan plak aterosklerotik dan berkaitan dengan adanya proses inflamasi, thrombosis, vaskonstriksi dan mikroembolisasi.

Paradigma pengobatan atau strategi terapi medis penderita SKA berubah mengalami kemajuan pesat dengan adanya hasil-hasil penelitian mengenai pathogenesis SKA dan petunjuk-petunjuk penatalaksanaan baru. Kemajuan pesat dalam terapi medis tersebut mencakup terapi untuk mengendalikan faktor risiko (terpenting statin untuk dislipidemia, obat antihipertensi terutama obat ACE-I, obat penghambat reseptor A-II), obat-obat baru antibiotik, gagal jantung, dan aritmia.

Berbagai pedoman dan standar terapi telah dibuat untuk penatalaksanaan penderita SKA. Agar standar dan strategi pengobatan serta penatalaksanaan pasien SKA berlangsung secara optimal, efektif dan efisien sesuai dengan pedoman atau standar terapi yang telah ditetapkan, maka perlu adanya suatu sistem dan atau mekanisme yang secara terus menerus memonitor dan memantau terapi obat yang diterima pasien..

Manajemen DRPs adalah suatu proses yang meliputi semua fungsi yang perlu untuk menjamin terapi obat kepada pasien yang aman, efektif dan ekonomis yang dilaksanakan secara terus menerus.

Berdasarkan angka kejadian Januari 2018 – Juni 2019 ada 27 kasus sehingga tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. G.F dengan Sindrom Koroner Akut Di Ruang ICU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut di ICCU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan cara pengkajian pada pasien dengan Sindrom koroner Akut
2. Mahasiswa dapat melakukan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien Sindrom Koroner Akut
3. Mahasiswa dapat melakukan perencanaan keperawatan pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut
4. Mahasiswa dapat melakukan implementasi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang khususnya pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis
Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien.
2. Bagi Institusi Pendidikan
Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Kedaruratan.

3. Bagi Institusi RSUD. Prof Dr.W.Z.Johannes kupang

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam Pelaksanaan Praktek Keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien SKA

4. Bagi Pasien

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Sindrom Koroner Akut

2.1.1 Pengertian Sindrom Koroner Akut

Sindrom koroner akut adalah suatu kondisi dimana terjadi imbalance dari supply dan demand oksigen otot jantung yang paling sering disebabkan oleh plak aterosklerosis yang menyebabkan penyempitan arteri-arteri koroner. Selain itu sindrom koroner akut, dapat pula terjadi akibat spasme arteri yang disebut dengan angina varian. Presentasi klinis yang dapat ditimbulkan dapat bermacam-macam dan membentuk spektrum sindrom koroner akut., namun manifestasi yang paling sering adalah angina pectoris (Young dan Libby, 2007).

SKA merupakan suatu penyakit yang dinamis, dimana ada suatu proses transisi dari spektrum penyakit akibat perubahan intralumen mulai dari oklusi parsial sampai dengan total ataupun reperfusi.

Adapun spektrum klinis dari SKA adalah sebagai berikut (Young dan Libby, 2007):

1. Penyakit jantung koroner : kondisi imbalance dari supply dan kebutuhan oksigen miokardium yang berakibat hipoksia dan akumulasi metabolit berbahaya, paling sering disebabkan aterosklerosis.
2. Angina pectoris : sensasi tidak nyaman di daerah dada dan sekitar, akibat proses iskemia otot jantung.
3. Angina stabil : bentuk kronik dari angina yang hilang timbul, timbul saat aktivitas dan emosi, dan hilang saat istirahat dan pemberian nitrat. Tidak ada kerusakan permanen otot jantung.
4. Angina varian : klinis seperti angina, timbul saat istirahat, terjadi akibat spasme pembuluh darah koroner.
5. Angina tidak stabil : bentuk dari angina dengan peningkatan frekuensi dan durasi, muncul saat aktivitas yang lebih ringan. Dapat menjadi infark miokard akut jika tidak segera ditangani.
6. Silent Ischemia : bentuk asimtomatis dari proses iskemia miokardium. Dapat dideteksi melalui EKG dan pemeriksaan laboratorium.
7. Infark Miokard Akut : proses nekrosis miokardium yang disebabkan penurunan aliran darah berkepanjangan. Paling sering disebabkan oleh thrombus, dapat bermanifestasi pertama kali ataupun muncul kesekian kali dengan riwayat angina pectoris.

2.1.2 Etiologi

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Hermawati, 2014).

Dari faktor risiko tersebut ada yang dikenal dengan faktor risiko mayor dan minor. Faktor risiko mayor meliputi hipertensi, hiperlipidemia, merokok, dan obesitas sedangkan faktor risiko minor meliputi DM, stress, kurang olahraga, riwayat keluarga, usia dan seks. Menurut D. Wang (2005) faktor risiko SKA pada wanita meliputi : Obesitas, riwayat keluarga, diabetes mellitus, penggunaan kontrasepsi oral yang disertai dengan riwayat merokok, kolesterol, merokok.

2.1.3. Manifestasi Klinik

Menurut (Anies, 2006) hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi >70% penyempitan pembuluh darah koronaria. Keadaan ini bisa berubah menjadi lebih berat dan menimbulkan sindroma koroner akut (SKA) atau yang dikenal dengan serangan jantung mendadak: tertekan benda berat, rasa tercekik, ditinju, ditikam, diremas, rasa seperti terbakar pada dada, disertai sesak nafas, banyak berkeringat.

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi dari penyakit jantung koroner yaitu sebagai berikut :

1. Angina Pectoris Stabil (APS)

Klasifikasi yang paling ringan ini disebut stabil karena penyempitan masih sangat minimal, belum terjadi kerusakan miokardium dan belum terjadi obstruksi koroner. Nyeri yang ditimbulkan hanya berdurasi singkat namun berlangsung berulang dalam periode yang lama dengan intensitas dan durasi yang sama. Lokasi nyeri dada biasanya meluas hingga kelengan dan sekitar dada leher. Nyeri hanya bila diprovokasi oleh kelelahan, dan asupan serta dapat mereda dengan istirahat atau pemberian nitrat.

2. Acute Coronary Syndrome (ACS)

Acute coronary syndrome (ACS) atau sindrom koroner akut merupakan kumpulan gejala yang berhubungan dengan derajat penyempitan berat dengan thrombosis hingga obstruksi arteri koroner. Nyeri dada adalah gejala yang paling umum dan disertai mual, muntah dan diaphoresis.

2.1.5 Patofisiologi

Menurut saparina (2010), gambaran klinik adanya sindrom koroner akut dapat berupa :

1. Angina pectoris

Merupakan gejala yang disertai kelainan morfologik yang permanen pada miokardium. Gejala yang khas pada angina pectoris adalah nyeri dada seperti tertekan benda berat atau terasa panas seperti diremas. Nyeri biasa berlangsung 1-5 menit dan rasa nyeri hilang bila penderita istirahat.

2. Infark miokardium akut

Merupakan SKA yang sudah masuk dalam kondisi gawat. Pada kasus ini disertai dengan nekrosis miokardium (kematian otot jantung) akibat gangguan suplai darah yang kurang.

3. Payah jantung

Disebabkan oleh adanya beban volume atau tekanan darah yang berlebihan atau adanya abnormalitas dari sebagian struktur jantung. Payah jantung kebanyakan didahului oleh kondisi penyakit lain dan akibat yang ditimbulkan termasuk SKA. Pada kondisi payah jantung fungsi ventrikel kiri mundur secara drastis sehingga mengakibatkan gagalnya sistem sirkulasi darah.

Sebagian besar SKA manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrous yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang seperti trombosit (white thrombus). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial, atau menjadi mikroemboli yang menyumbat

pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Sebagian pasien SKA tidak mengalami plak. Mengalami SKA karena obstruksi dinamis akibat spasme lokal dari arteri koronaria epikardial (Angina Prinzmetal). Penyempitan arteri koronaria, tanpa spasme maupun trombus, dapat disebabkan oleh progresi plak atau restenosis setelah intervensi koroner perkutan (IKP). Beberapa faktor ekstrinsik, seperti demam, anemia, tirotoksikosis, hipotensi, takikardia, dapat menjadi pencetus terjadinya SKA pada pasien yang telah mempunyai plak aterosklerosis.

2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik

1. Elektrokardiogram (EKG)

Befungsi untuk merekam sinyal-sinyal listrik yang bergerak melalui jantung didalam tubuh. EKG seringkali dapat mendiagnosis bukti serangan jantung sebelum kejadian atau yang sedang berlangsung

2. Ekokardiogram

Tes untuk mendiagnosis kondisi penyakit jantung koroner. Alat ini menggunakan gelombang suara untuk menghasilkan gambar jantung anda.

3. CT scan jantung

Dapat melihat deposit kalsium di arteri anda. Kelebihan kalsium dapat mempersempit arteri sehingga ini dapat menjadi pertanda kemungkinan penyakit arteri koroner. Selain itu melakukan X-ray dan ultrasound untuk menyimpulkan kondisi anda.

2.1.7. Penatalaksanaan

1. Terapi Farmakologis

- 1). Terapi anti iskemik : untuk mengurangi iskemia dan mencegah terjadinya kemungkinan yang lebih buruk seperti, infarkmiokard atau kematian.
- 2). Nitrat : mengurangi kebutuhan oksigen dan meningkatkan suplai oksigen.
- 3). Antagonis kalsium mengurangi influks kalsium yang melalui membrane sel. Obat ini menghambat kontraksi miokard dan otot polos pembuluh darah.

2. Terapi Non Farmakologis

- 1). Istirahat yang teratur untuk mengurangi beban kerja jantung.
- 2). Oksigenasi

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Sindrom Koroner Akut

2.2.1 Pengkajian

1) Pengkajian primer dan sekunder

1. Identitas pasien

Umumnya jenis kelamin laki-laki dan usia <50 tahun.

2. Keluhan utama

Nyeri dada, klien mengeluh nyeri ketika beristirahat, terasa panas, di dada,retro sterna menyebar ke lengan kiri dan punggung kiri, skala nyeri 8 (skala 1-10), nyeri berlangsung 10 menit)

3. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengeluh nyeri ketika beristirahat, terasa panas dada retro sterna menyebar ke lengan kiri dan punggung kiri , skala nyeri 8 (skala 1-10) nyeri berlangsung 10 menit).

4. Riwayat penyakit sebelumnya

DM, Hipertensi, kebiasaan merokok, pekerjaan, stress. Dan riwayat penyakit keluarga (jantung, DM, hipertensi, kebiasaan merokok, pekerjaan, stress) dan riwayat penyakit keluarga (DM, hipertensi, ginjal)

5. Aktivitas/ istirahat

Keletuhan,insomnia,nyeri dada dengan aktifitas,gelisah,dipsnea saat istirahat atau aktifitas, perubahan status mental, tanda vital berubah saat beraktifitas .

6. Integritas ego

Ansietas, stress, marah, takut dan mudah tersinggung.

7. Eliminasi

Gejala penurunan berkemih, urin berwarna pekat, berkemih pada malam hari, diare/konstipasi.

8. Makanan/cairan

Kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan signifikan, pembengkakan ekstremitas bawah, diet tinggi garam penggunaan diuretic distensi abdomen, edema umum, dll

9. Hygiene

Keletihan selama aktifitas perawatan diri, penampilan kurang.

10. Neurosensori

Kelemahan, pusing, lethargi, perubahan perilaku dan mudah tersinggung

11. Nyeri/kenyamanan

Nyeri dada akut/kronik, nyeri abdomen, sakit pada otot, gelisah.

12. Interaksi sosial

Penurunan aktifitas yang biasa dilakukan.

2) Pemeriksaan Fisik

B1: Dispneu (+), diberikan O2 tambahan, B2: Suara jantung murmur (+), chest pain (+), CRT 2 detik, akral dingin, B3: Pupil isokor, refleks cahaya (+), refleks fisiologis (+), B4: Oliguri, B5: Penurunan nafsu makan, mual (-), muntah (-)

3) Pemeriksaan Penunjang

1. Perubahan EKG (berupa gambaran STEMI/INSTEMI dengan atau tanpa gelombang Q patologik)
2. Enzim jantung (meningkat paling sedikit 1,5 kali nilai batas normal, terutama CKMB dan troponin-T/I, dimana troponin lebih spesifik untuk nekrosis miokard. Nilai normal troponin ialah 0,1-0,2 ng/dl, dan dianggap positif bila >0,2, ng/dl).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontaktilitas jantung
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik, penurunan suplai oksigen ke otot jaringan)
3. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontaktilitas jantung

Noc (Tujuan dan Kriteria Hasil)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung normal dengan kriteria hasil: 1) nyeri angina tidak ada, 2) klien dapat beraktivitas, 3) tanda-tanda vital dalam batas normal, 4) tidak ada edema pada paru, perifer, dan tidak ada asietas, 5) tidak ada penurunan kesadaran.

Nic (Intervensi)

Intervensi yang dilakukan: 1) kaji fungsi jantung tentang: bunyi, frekuensi, irama jantung, 2) observasi sirkulasi nadi perifer, 3) pantau tekanan darah pasien, 4) kaji adanya sianosis dan perubahan kulit yang pucat, 5) kaji perubahan sensori: letargi (penurunan kesadaran, cemas, dan depresi), 6) beri lingkungan yang tenang, 7) kolaborasi pemberian terapi sesuai dengan indikasi.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik, penurunan suplai oksigen ke otot jaringan)

Noc (Tujuan dan Kriteria Hasil)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1) klien dapat mengekspresikan bahwa nyeri berkurang/hilang, 2) klien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi, 3) tanda-tanda vital dalam batas normal, 4) klien dapat mengetahui faktor penyebab, 5) klien dapat beristirahat.

Nic (Intervensi)

Intervensi yang dilakukan: 1) lakukan pengkajian secara komprehensif dengan PQRST, 2) gunakan teknik distrasi relaksasi, 3) observasi tanda-tanda vital, 4) ciptakan lingkungan yang tenang, 5) observasi nonverbal pasien terhadap ketidaknyamanan, 6) kolaborasi pemberian terapi sesuai dengan indikasi.

3. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Noc (Tujuan dan Kriteria Hasil)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kecemasan berkurang dengan kriteria hasil: 1) klien menyatakan ansietas menurun sampai tingkat yang dapat diatasi, 2) klien menunjukkan strategis koping yang efektif, 3) postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurang kecemasan.

Nic (Intervensi)

Intervensi yang dilakukan: 1) gunakan teknik komunikasi terapeutik, 2) kaji ekspresi pasien terhadap takut: menolak, depresi, marah, 3) dorong keluarga untuk memberi dukungan kepada klien, 4) identifikasi tingkat kecemasan, 5) bantu klien mengeal situasi yang menimbulkan kecemasan, 6) dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi, 7) anjurkan klien menggunakan teknik relaksasi.

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, dimana rencana perawatan dilaksanakan pada tahap ini perawat siap untuk menjelaskan dan melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana keperawatan pasien, agar implementasi perencanaan ini tepat waktu dan efektif terhadap biaya, perlu mengidentifikasi prioritas perawatan pasien. Prinsip dalam memberikan

tindakan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik serta penjelasan setiap tindakan yang diberikan pada pasien

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Langkah dari evaluasi proses keperawatan adalah mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan

BAB 3

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Gambaran tempat atau lokasi penelitian

RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum, Tempat penelitian yang saya lakukan di ruang ICCU sebagai ruang perawatan yang difokuskan pada penyakit jantung, ruangan ini mempunyai 3 ruangan diantaranya, 1 ruangan kepala ruangan, 1 ruangan rawat inap yang terdiri dari 10 tempat tidur dan lemar, dan 1 ruangan isolasi, rata rata pasien yang dirawat sebanyak 13 pasien dan mempunyai tenaga kesehatan (perawat) sebanyak 16 orang.

3.1.2 Karakteristik pasien (Identitas pasien)

Nama pasien adalah Tn. G.F dirawat di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Umur pasien 59 tahun, jenis kelamin laki-laki, Suku flores , menganut Agama Kristen protestan, Pekerjaan pasien pensiunan PNS, dan bertempat tinggal di Oepura.

3.1.3 Hasil Pengumpulan Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang penulis lakukan adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data tentang status sehat – sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan pengobatan. Data tentang status sehat- sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara.

Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli

(pasien), sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

1. Wawancara

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

1) Identitas Pasien

Tuan berinisial G.F. berusia 59 tahun yang lahir pada tanggal 05 juli 1960 berjenis kelamin laki-laki, anak pertama dari 3 orang bersaudara yang beralamat di oepura, masuk RSUD Prof, Dr. W. Z. Johannes pada tanggal 16 juli 2019. No. Register 14589 dengan diagnosa medik Akut Sindrom Coronery.

2) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri dada

3) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien masuk rumah sakit tanggal 16 july 2019 jam 02.00 di IGD dengan keluhan nyeri didaerah dada kiri menjalar ke bahu, belakang dan lengan kiri dengan skala nyeri sedang (6) serta sifat nyeri hilang timbul. Tanggal 16 juli 2019 jam 08.00 pasien tiba dari IGD ke ICCU. Hasil tanda-tanda vital: TD: 210/100 mmHg, RR 24x/menit, Nadi: 100x/menit. konjungtiva merah muda, tingkat kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik. Pasien disarankan istirahat.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami oenyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan berobat ke dokter dengan setiap serangan pasien diberikan captopril 25 mg.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga mempunyai penyakit seperti dirinya.

6) Pola-pola kesehatan

a. Pola Nutrisi

Pasien makan 3xsehari, menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan

b. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien tidur \pm 6 jam. Biasanya pasien tidur mulai jam 22.00 malam dan bangun jam 05.00 pagi. Dan pagi hari pasien tidur pada jam 10.00 dan bangun pada jam 12.00.

c. Pola Eliminasi

pasien baik. BAK \pm 3xsehari, nya, berbau khas, warna urine kuning. BAB \pm 2xsehari, konsistensi padat dan lembek, bau khas feses.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Selama sakit pasien lebih banyak berbaring di tempat tidur karena merasakan nyeri dada.

e. Pola persepsi diri/konsep diri

Klien mengatakan bahwa ia tidak menganggap sakit yang ia rasakan ini sebagai kutukan namun teguran karena ia yakin ia berharga sebagai manusia

f. Pola peran

Klien mengatakan sekarang ia berperan sebagai ibu dalam keluarga dan ia merasa stress.

g. Pola seksualitas

Klien saat ini sudah menikah dan mempunyai 1 orang anak.

h. Pola koping terhadap stres

Klien mengatakan bahwa jika ia sedang stress ia lebih banyak berdoa dan menceritakan kepada keluarganya.

i. Pola system nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan ia menganut agama Kristen protestan dan percaya bahwa Tuhan melindunginya serta keluarganya. Ia juga mengatakan saat ini lebih banyak membaca Alkitab dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan.

2. Pemeriksaan fisik

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik adalah keadaan umum lemas dan nyeri dada , TTV : TD: 210/10 mmHg, , Nadi: 100x/menit, Suhu: 36,6x/menit, RR: 24x/menit. Terpasang infus Nacl 500cc, ada nyeri dada skala nyeri 6, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah, konjungtiva merah mudah, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 5, tidak ada luka pada daerah tekan, tidak memakai kateter, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik

3. Pemeriksaan Laboratorium

a. Laboratorium

- Leukosit: 10,90 , monosit: 11,7 , eosinofil: 0,49 , limfosit: 3,81 ,
monosit: 1,28

b. Pemeriksaan EKG: tidak dilakukan

4. Pengobatan

Selama di rumah ssakit pasien mendapatkan pengobatan **Obat Simvastatin** kontraindikasinya : tidak boleh diberikan kepada orang yang mempunyai alergi terhadap simvastatin, penyakit ulu hati, wanita hamil, wanita menyusui. Efeksampingnya: sulit buang air besar, banyak buang gas, nyeri otot, nyeri perut, peningkatan enzim hati. Pemberian obat dengan dosis 20 mg 1x1 malam. **Obat Captopril**, indikasinya: untuk pengobatan hipertensi sedang dan berat yang tidak dapat diatasi. Kontraindikasinya: tidak boleh diberikan pada penderita

ginjal, tidak boleh di berikan kepada ibu menyusui. Efek sampingnya: gatal-gatal, sakit kepala, takikardia (detak jantung yang berlebihan). Pemberian obat dengan dosis 25 mg 3x25. **Obat Furosemide** indikasinya: mengatasi penumpukan cairan dan pembengkakan pada tubuh. Efek samping : pusing, vertigo, mual dan muntah, penglihatan buram, diare, konstipasi. Pemberian 2x2/iv. **Obat Aspilet** indikasinya: mencegah penyakit serebrovaskuler, bisa dipakai untuk penyakit diabetes melitus yang ingin mencegah penakir jantung. Kontraindikasi: tidak bisa diberikan kepada anak di bawah 16 tahun, tidak dianjurkan untuk ibu menyusui, dan penderita hemofilia. Efek sampingnya: sakit perut, sakit kepala, mengantuk, gangguan fungsi ginjal, pendarahan saluran cerna. Pemberian obat 1x1/oral. **Obat ISDN** indikasinya: untuk mencegah penyakit angina pada penderita jantung koroner, mencegah atau melebarkan spasme pembuluh darah koroner saat pemasangan balon dipembuluh darah koroner. Kontraindikasinya: bagi penderita hipotensi, anemia, dehidrasi, penyakit jantung, glaukoma, hipotiroidisme, gangguan fungsi hati atau ginjal, perlu di konsulkan terlebih dahulu ke dokter sebelum mengonsumsi obat ini. Efek sampingnya: pusing, sakit kepala, mual, kulit memerah atau muncul ruam, gangguan penglihatan, gangguan kesadaran, kejang, dan sesak nafas. Pemberian obat ini 3x25 mg.

3.1.4 Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data, maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miokard yang ditandai data subyektif klien mengatakan nyeri dada kiri nyeri hilang timbul terasa sesak seperti ditimpa beban berat.

DO : ekspresi wajah menangis, skala nyeri (6) sedang. Ttv : TD 210/100 mmHg nadi tidak teratur 100x/mnt dan RR 24x/mnt.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya alat monitor yang terpasang yang ditandai dengan data subyektif klien ia mengatakan bahwa ia akan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan toileting dan pergerakan lain dengan terpasangnya peralatan-peralatan monitoring..

DO : klien tampak brest total kebutuhan aktivitas lain dibantu oleh keluarga dan petugas, pada klien terpasang infuse dan alat-alat monitor.

3.1.5 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan iskenia jarinagn miocardt yang di tandai dengan nyeri dada
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya alat monitor yang terpasang yang ditandai dengan pasien kesulitan memenuhi kebutuhan teoleting

3.1.6 Perencanaan keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik, penurunan suplai oksigen ke otot jaringan

Noc (Tujuan dan Kriteria Hasil)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1) klien dapat mengekspresikan bahwa nyeri berkurang/hilang, 2) klien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi, 3) tanda-tanda vital dalam batas normal, 4) klien dapat mengetahui faktor penyebab, 5) klien dapat beristirahat.

Nic (Intervensi)

Intervensi yang dilakukan: 1) lakukan pengkajian secara komprehensif dengan PQRST, 2) gunakan teknik distrasi relaksasi, 3) observasi tanda-tanda vital, 4) ciptakan lingkungan yang tenang, 5) observasi nonverbal pasien terhadap ketidaknyamaan, 6) kolaborasi pemberian analgetik terapi sesuai dengan indikasi.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya alat monitor yang terpasang yang ditandai dengan pasien kesulitan memenuhi kebutuhan toileting

Noc (Tujuan dan Kriteria Hasil)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menoleransi aktivitas dan melakukan ADL dengan baik, dengan kriteria hasil : 1) menyeimbangkan aktivitas dan istirahat, 2) mengidentifikasi aktivitas atau situasi yang menimbulkan kecemasan, 3) mengatur jadwal untuk menghemat energy.

Nic (Intervensi)

Intervensi yang dilakukan: 1) observasi pembatasan aktivitas, 2) monitor nutrisi, sumber nutrisi yang adekuat, 3) bantu memenuhi ADL seperti toileting, 4) bantu klien memotivasi diri dan penguatan, 5) Monitor adanya kelemahan fisik.

3.1.7 Pelaksanaan keperawatan

Hari pertama, Selasa 16 Juli 2019:

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard, tindakan yang dilakukan: 1) jam 08.40 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, 2) jam 08.50 mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, 3) jam 09.10 mengajarkan teknik non farmakologi, 4) jam 09.30 memonitor tanda-tanda vital, 5) jam 10.00 memberikan analgetik sesuai anjuran dokter.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya monitor yang terpasang, tindakan yang dilakukan: 1) jam 08.43 mengobservasi pembatasan aktivitas, 2) jam 08.48 monitor nutrisi dan sumber nutrisi, 3) jam 08.55 memonitor adanya kelemahan fisik, 4) jam 09.25 membantu klien memenuhi ADL toileting, 5) jam 09.40 membantu klien memotivasi diri dan penguatan.

Hari kedua, rabu 16 juli 2019:

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard, tindakan yang dilakukan: 1) jam 08.45 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, 2) jam 08.50 mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, 3) jam 09.20 mengajarkan teknik non farmakologi, 4) jam 10.15 memonitor tanda-tanda vital, 5) jam 10.30 memberikan analgetik sesuai anjuran dokter, 6) jam 11.00 memberikan kesempatan pasien untuk beristirahat.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya monitor yang terpasang, tindakan yang dilakukan: 1) jam 08.45 mengobservasi pembatasan aktivitas, 2) jam 08.55 monitor nutrisi dan sumber nutrisi, 3) jam 09.00 memonitor adanya kelemahan fisik, 4) jam 09.25 membantu klien memenuhi ADL toileting, 5) jam 09.40 membantu klien memotivasi diri dan penguatan.

3.1.8 Evaluasi keperawatan

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari: subyektif yaitu keluhan yang dirasakan oleh pasien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, *asesment* dan *planning* adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Hari pertama, Selasa 16 juli 2019

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard, evaluasi dilakukan jam 13.50 wita **S:** pasien mengatakan nyeri berkurang, **O:** ekspresi wajah kadang menangis skala nyeri 2 atau nyeri ringan, TTV: (TD: 160/90 mmHg, nadi: 76x/menit, RR 22x/menit, suhu:

36,2°C. **A:** masalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas b.d banyaknya alat monitor yang terpasang evaluasi di lakukan jam 13.50 wita **S:** pasien mengatakan dapat beristirahat total, **O:** aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga. **A:** masalah keperawatan Intoleransi aktivitas b.d banyaknya alat monitor sebagian teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

Hari kedua, Selasa 17 juli 2019

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard, evaluasi di lakukan jam 14.00 wita **S:** pasien mengatakan sudah tidak ada nyeri lagi, **O:** ekspresi wajah tenang, TTV:(TD: 130/90 mmHg, nadi: 76x/menit, RR 18x/menit, suhu: 36,2°C. **A:** masalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard sebagian teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas b.d banyaknya alat monitor yang terpasang evaluasi di lakukan jam 14.10 wita **S:** pasien mengatakan dapat beristirahat dengan baik, **O:** pasien tampak lebih tenang dan rileks, **A:** masalah keperawatan Intoleransi aktivitas b.d banyaknya alat monitor teratasi, **P:** intervensi dihentikan

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn G.F dengan SKA di ruang ICCU RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien

Menurut teori menurut Brunner & Suddarth (2013) pola nutrisi pada pasien dengan SKA adalah pasien kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan signifikan, pembengkakan ekstremitas bawah, diet tinggi garam penggunaan diuretic distensi abdomen, edema umum, dll. Hasil pengkajian pola nutrisi Tn G.F adalah pasien makan 3x sehari, menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, maka ada kesenjangan antara teori dan kasus karena pasien sudah mendapatkan terapi pengobatan dari tanggal 16 juli karena sebelum masuk rumah sakit sehingga kasus tidak ditemukan adanya mual, muntah atau penurunan nafsu makan.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan konsep teori yang disadur dari NANDA (2016) diagnosa keperawatan yang muncul pada SKA adalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontaktilitas jantung, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik, penurunan suplai oksigen ke otot jaringan), Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Pada konsep teori terdapat 3 masalah keperawatan pada pasien dengan SKA. Pada kasus di lapangan ditemukan 1 masalah keperawatan yang sama dengan konsep teori sehingga masalah penurunan curah jantung tidak diangkat karena saat dilakukan pemeriksaan Tn.G.F tidak menunjukkan tanda-tanda penurunan. Masalah kecemasan tidak diangkat karena pasien tidak menunjukkan tanda-tanda kecemasan.

Masalah keperawatan yang muncul pada Tn G.F berdasarkan kasus di lapangan adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard.

Terdapat kesenjangan dari diagnosa diatas, dimana pada konsep teori masalah utama penurunan curah jantung sedangkan pada kasus di lapangan masalah utamanya adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard dikarenakan saat pengkajian Tn G.F memiliki keluhan utama nyeri dada didaerah dada kiri menjalar ke bahu, belakang dan lengan kiri dengan skala nyeri 6 (sedang).

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan konsep teori yang disadur dari NIC (2016), terdapat 35 intervensi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard yang ditandai dengan nyeri dada didaerah dada kiri menjalar ke bahu, belakang dan lengan kiri dengan skala nyeri 6 (sedang). Pada kasus di lapangan, intervensi yang disusun untuk diagnosa ini adalah 8 intervensi. Hal ini dikarenakan intervensi lainnya tidak sesuai dengan kondisi pasien di lapangan.

3.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocard yang ditandai dengan nyeri dada didaerah dada kiri menjalar ke bahu, belakang dan lengan kiri dengan skala nyeri 6 (sedang). batuk dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya alat monitor yang terpasang.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP).

Evaluasi pada Tn. G.F sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnose nyeri akut, intoleransi aktifitas teratasi. Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria evaluasi dapat di capai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu: keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 7 hari sehingga membutuhkan kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu wawancara yang dilakukan belum sepenuhnya seperti metode deskriptif (*deep interview*) pada penelitian kualitatif murni. Penulis merasa studi kasus ini mempunyai banyak keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna kesempurnaan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien SKA pada umumnya sama antara teori dan kasus hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus pada Tn G.F yang menderita SKA. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1. Pengkajian

Pasien mengeluh nyeri dada kiri menjalar ke bahu, belakang dan lengan kiri dengan skala nyeri sedang (6) serta sifat nyeri hilang timbul. TTV : TD: 210/10 mmHg, , Nadi: 100x/menit, Suhu: 36,6x/menit, RR: 24x/menit. Terpasang infus Nacl 500cc, ada nyeri dada skala nyeri 6, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah, konjungtiva merah mudah, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 5, tidak ada luka pada daerah tekan, tidak memakai kateter, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, kesadaran pasien composmentis, CRT < 3 detik

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 2 diagnosa keperawatan antara lain: nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan miocart. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan banyaknya alat monitor yang terpasang.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan

4. Pelaksanaan keperawatan

Melakukan pelaksanaan sesuaikan dengan perencanaan yang dibuat

5. Evaluasi keperawatan

Melakukan evaluasi kembali hasil pencapaian intervensi yang telah dilaksanakan.

4.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan, pembahasan, pengembangan serta menambahkan wawasan keilmuan dibidang kedaruratan khususnya di program studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Pengkajian pada pasien secara *head to-toe* dan selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian (*here and now*). Selain itu tindakan mandiri perawat perlu ditingkatkan dalam perawatan pasien.



KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : ASERIAS JOKSAN ERYAN TOH
NIM : PO. 5303201181169
NAMA PEMBIMBING : GADUR BLASIUS, S. Kep, Ns, M.si

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	16 Juli 2019	Konsultasi judul asuhan keperawatan	f
2.	17 Juli 2019	Ujian Praktek	p
3.	18 Juli 2019	Konsultasi BAB 1	p
4.	19 Juli 2019	Konsultasi BAB 2	p
5.	20 Juli 2019	Konsultasi BAB 3	p
6.	21 Juli 2019	Konsultasi BAB 4 dan ACC untuk ujian	f

7.	22 Juli 2019	Ujian sidang laporan studi kasus	P
8.	25 Juli 2019	Konsultasi Revisi	P
9.	29 Juli 2019	ACC	P
10.	31 Juli 2019	Tanda tangan	P